

様式 4 (表) ~担任(職員)~

面談日

面談日

面談日

年 月 日			年 月 日			年 月 日		
施設長	担任	保護者	施設長	担任	保護者	施設長	担任	保護者

食物アレルギー個別支援プラン

児 童 名	生 年 月 日
	年 月 日生

◆食物アレルギーの病型 (医師からの「様式3-1 生活管理指導表」より該当する所に原因食品を記入してください。)

食物アレルギーの関与する 乳児アトピー性皮膚炎	即時型	その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他:)

◆アナフィラキシー病型 (医師からの「様式3-1 生活管理指導表」より該当するものに○をつけて下さい)

原因食物	食物依存性運動 誘発アナフィラキシー	運動誘発 アナフィラキシー	医薬品	ラテックス アレルギー	昆虫	その他
鶏卵・乳・小麦・そば・ ピーナッツ・ナッツ類 その他()	原因食物 〔 〕		原因薬 〔 〕		種類 〔 〕	

	項 目	具体的な配慮と対応
保育所における配慮	給 食	
	食物・食材を扱う 活 動	
	運 動	
	持参薬	
	エピペン®の保管	エピペン使用期限: 年 月 エピペン使用期限: 年 月 エピペン使用期限: 年 月
<特記事項>		

緊急時個別対応票

氏名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

原因食品 (_____)
 アナフィラキシーショックの既往 (有・無)
 内服薬 (有・無)
 エピペン (有・無)
 消防機関への登録 (有・無)

全身の 症状	<ul style="list-style-type: none"> ぐったり 意識もうろう 尿や便を漏らす 脈が触れにくいまたは不規則 唇や爪が青白い 心停止 	<ul style="list-style-type: none"> 顔などが蒼白い 眠気 軽度頭痛 恐怖感 頻脈(+15回/分) 血圧軽度低下 	<ul style="list-style-type: none"> 元気がない 			
	呼吸器 の症状	<ul style="list-style-type: none"> のどや、胸が締め付けられる 声がかすれる 犬が吠えるような咳 息がしにくい 持続する強い咳き込み ゼーゼーする呼吸 嚥下困難 	<ul style="list-style-type: none"> 数回の軽い咳 軽い息苦しさ 聴診上の喘鳴 	<ul style="list-style-type: none"> たまに出る咳 くしゃみ 鼻水・鼻づまり 		
		消化器 の症状	<ul style="list-style-type: none"> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み 繰り返し吐き続ける 	<ul style="list-style-type: none"> 中等度のお腹の痛み 1~2回のおう吐 1~2回の下痢 	<ul style="list-style-type: none"> 軽いお腹の痛み(がまんできる) 吐き気 	
			目・口・ 鼻・顔面 の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<ul style="list-style-type: none"> 顔全体の腫れ まぶたの腫れ のどの痛み 	<ul style="list-style-type: none"> 目のかゆみ、充血 口の中の違和感、唇の腫れ くしゃみ、鼻水、鼻づまり
					皮膚 の症状	<ul style="list-style-type: none"> 強いかゆみ 全身に広がるじんま疹 全身が真っ赤
1つでもあてはまる場合						1つでもあてはまる場合

【面談記録】

【面談記録】

【面談記録】

<緊急連絡先>

優先順位

1 氏名: _____ 続柄 _____ TEL _____

2 氏名: _____ 続柄 _____ TEL _____

3 氏名: _____ 続柄 _____ TEL _____

かかりつけ医療機関名 (_____)

電話番号 (_____)

主治医名 (_____) 診療科 (_____)

ID(カルテ)番号 (_____)

保護者への連絡 ~連絡メモ~

- 状態報告
- 主治医、嘱託医へ連絡すること、救急車を呼ぶことの連絡
- エピペンをを使用することの了解
- 保護者が来所可能かの確認
- 救急搬送先を伝える
- 搬送先へ保護者が来ることが可能か確認